

# **FR\_GERICHTE 608 2013 81 vom 8. Januar 2015**

FR Kantonsgericht, 2015-01-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2013\\_81](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2013_81)

FR: FR\_GERICHTE 608 2013 81 du 8 janvier 2015

IT: FR\_GERICHTE 608 2013 81 del 8 gennaio 2015

## **Regeste**

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 23**

avril 2004 des mesures d'aide au placement auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après OAI), en raison de nombreux problèmes de santé physique. Par décision du 14 juin 2007, l'OAI lui a reconnu le droit à une aide au placement. Il lui a par contre refusé une rente invalidité le 27 août 2007. B. L'assuré a déposé une deuxième demande de prestations AI le 16 avril 2009, toujours en raison de problèmes physiques. L'OAI a rejeté cette demande par décision du 19 avril 2010. Celle-ci a fait l'objet d'un recours auprès du Tribunal de céans, rejeté par arrêt du 31 mai 2012. C. Le 7 octobre 2010, l'assuré a déposé une demande de révision de la décision du 19 avril 2010, son état de santé psychique s'étant considérablement détérioré. Par décision du 18 octobre 2012, l'OAI a rejeté cette demande au motif que l'assuré a toujours été capable de travailler à 100 % sur le plan psychiatrique et qu'une activité adaptée à 100 % était exigible malgré ses problèmes physiques. D. Contre cette décision, l'assuré, représenté par Me Charles Guerry, avocat, interjette recours le 27 mai 2013. Il conclut, sous suite de frais et dépens, principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi à l'OAI pour une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de ses conclusions, il allègue que sa capacité de travail a été, dans l'expertise du 20 juillet 2011, évaluée de manière hypothétique et non de manière concrète, de sorte qu'elle ne permet pas de se prononcer valablement sur son état de santé et sa capacité de travail. De plus, cette expertise est critiquée par sa médecin psychiatre traitante et contredite par l'expertise privée du 28 janvier 2013. Il estime ensuite que l'accumulation de toutes les pathologies dont il souffre entraîne une incapacité de travail ne lui permettant pas de trouver un emploi léger et adapté. Le 13 juillet 2013, il s'est acquitté d'une avance de frais de 800 francs. Dans ses observations du 29 août 2013, l'OAI conclut au rejet du recours. Il estime que l'instruction a été menée avec soin et que l'expertise du 20 juillet 2011 est particulièrement exhaustive notamment quant à son analyse. Le 8 novembre 2013, le recourant relève, dans ses contre-observations, qu'une année et demie s'est écoulée entre l'expertise du 20 juillet 2011 et la prise de la décision litigieuse, un tel laps de temps étant de nature à faire surgir des doutes sur la valeur probante de ladite expertise. Son état de santé se serait de plus péjoré durant cette période. Dans ses ultimes remarques du 6 décembre 2013, l'OAI maintient ses conclusions. Le 20 janvier 2014, C. \_\_\_\_\_, en sa qualité de fonds de prévoyance intéressé auquel la décision attaquée a été notifiée, a adhéré aux conclusions de l'OAI. Aucun autre échange d'écriture n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés, par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que

cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 7 en droit 1. a) En vertu de l'art. 60 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le biais de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20), un recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 34 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 61 LPGA et de l'art. 1 al. 3 PA, prévoit que les décisions sont notifiées aux parties par écrit. L'art. 38 PA indique quant à lui qu'une notification irrégulière ne peut entraîner aucun préjudice pour les parties. Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Ainsi, l'intéressé doit agir dans un délai raisonnable dès qu'il a connaissance, de quelque manière que ce soit, de la décision qu'il entend contester (Tribunal fédéral, arrêt non publié A. [9C\_202/2014] du 11 juillet 2014, consid. 4.2). En l'espèce, le recours a été déposé plus de six mois après l'échéance du délai de recours de 30 jours. L'assuré a cependant allégué un vice de notification qui n'est pas exclu par l'autorité intimée et soutient avoir eu connaissance de l'existence de la décision litigieuse le 26 avril 2013 seulement. Il ne ressort pas non plus des pièces du dossier qu'il en aurait eu connaissance avant cette date: on ne saurait en effet lui reprocher de ne pas avoir parcouru un dossier de plus de 1'000 pages à la recherche d'une éventuelle décision alors qu'aucun indice de son existence n'apparaissait. Partant, il y a lieu d'admettre qu'en recourant le 27 mai 2013, l'assuré a agi en temps utile.

b) Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. D'après l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (Tribunal fédéral, arrêt M. [I 946/05] du 11 mai 2007 publié in SVR 2007 IV no 44 p. 144; ATF 102 V 165 et les autres références citées). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

Tribunal cantonal TC Page 4 de 7 b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (lit. a); qu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (lit. b); enfin, lorsque, au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (lit. c). L'al. 2 prévoit que la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: à savoir qu'un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente; un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente; un

taux de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente; enfin, un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière. c) D'après l'art. 87 al. 3 RAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012 (auparavant art. 87 al. 4 RAI), lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies. D'après cet alinéa, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré, par analogie à ce qui prévaut en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Lors d'un recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2). La révision du droit à la rente suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, qui entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1). La base de comparaison pour l'examen du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit (cf. ATF 130 V 71 consid. 3.2.3). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; Tribunal fédéral, arrêts non publiés 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; Tribunal fédéral, arrêt non publié O. [9C\_745/2010] du 30 mars 2011 consid. 3.1 et les références citées). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description

Tribunal cantonal TC Page 5 de 7 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 et arrêt non publié 9C\_745/2010 précités). Lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien- fondé

(ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157; RAMA 1996 n° 256 p. 217 et les références). 3. En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si le recourant a droit à une rente entière d'invalidité. Pour y répondre, il convient d'examiner si son état de santé et/ou son impact sur la capacité de travail s'est modifié depuis la précédente demande de prestation. A cet égard, il ressort du dossier constitué ce qui suit. a) Par arrêt du 31 mai 2012, la Cour de céans s'est penchée sur la période allant jusqu'à la décision du 19 avril 2010 et a confirmé la capacité résiduelle de travail retenue dans cette décision, à savoir une capacité complète dans une activité adaptée. Elle a estimé que l'expertise du 22 février 2010 du Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale (Dossier OAI p. 722 ss), était probante et était confirmée par l'expertise du 20 juillet 2011 du Dr E. \_\_\_\_\_, psychiatre, du Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, et du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, tous auprès de la Clinique H. \_\_\_\_\_ (Dossier OAI p. 895 ss), et que seules des limitations d'ordre orthopédique existaient, à l'exclusion de toute autre sur le plan de la médecine interne ou sur le plan psychique. b) Pour déterminer si le recourant a droit à une rente entière, il est nécessaire d'examiner en premier lieu son incapacité de travail. S'agissant de la période du 19 avril 2010 au 18 octobre 2012, date de la décision litigieuse, les médecins s'accordent pour retenir qu'une activité adaptée est exigible (Dossier OAI p. 861ss, 877 ss, 913). Seul le Dr. I. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, après avoir retenu le 28 juillet 2010 que le recourant est apte à faire des travaux légers (Dossier OAI p. 861), estime qu'aucune activité n'est possible en raison d'une aggravation de l'état de santé (Dossier OAI p. 1082 ss). Il ne saurait cependant être suivi. Il ne décrit en effet pas le nouveau status clinique ou de nouvelles limitations fonctionnelles et se contente de renvoyer aux expertises du 22 février 2010 et du 20 juillet 2011. Or, ces expertises retiennent toutes deux qu'une activité adaptée est exigible. Quant à la Dresse J. \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute et psychiatre traitante de l'assuré, elle estime en substance que la partie psychiatrique de l'expertise du 20 juillet 2011 est mal faite, substituant sa propre appréciation à celle de l'expert sans relever d'autres éléments médicaux. Elle

Tribunal cantonal TC Page 6 de 7 retient également une incapacité de 30 à 40 % en raison de "sa pathologie psychiatrique qui est englobée avec le reste" (Dossier OAI p. 1097), se prononçant par là aussi sur des aspects sortant de sa discipline. Ainsi, son appréciation ne peut pas non plus être suivie. Il reste à examiner la valeur probante de l'expertise du 20 juillet 2011. La Cour constate qu'elle se fonde sur des examens complets et a été établie en pleine connaissance du dossier, après que les experts aient reçu personnellement le recourant. Elle prend également en considération les plaintes exprimées et les points

litigieux non seulement importants (trouble des genoux, des épaules, des bras, de la nuque) mais également secondaires (notamment hypertension artérielle, apnées, gastrite) ont fait l'objet d'une étude fouillée. De plus, l'appréciation médicale est claire et les conclusions des experts sont dûment motivées. Enfin, son contenu ne saurait être remis en question par les rapports du Dr I. \_\_\_\_\_ et de la Dresse J. \_\_\_\_\_ puisque leur avis ne peut être suivi. Il est en revanche confirmé par le rapport du Service médical régional Berne/Fribourg/Soleure du 3 septembre 2012 (Dossier OAI p. 1032). c) Deux rapports médicaux figurent au dossier, celui du 14 juin 2013 du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (Dossier OAI p. 1175 ss), et celui le 28 janvier 2013 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui a établi une expertise psychiatrique à la demande du recourant (Dossier OAI p. 1148 ss). La Cour constate que ces deux rapports ont été établis postérieurement à la décision attaquée et qu'ils ne contiennent aucun élément susceptible de remettre en cause ce qui précède, de sorte qu'ils n'ont pas à être pris en compte. En effet, le Dr. K. \_\_\_\_\_ a examiné le recourant uniquement pour des douleurs au genou, n'argumente pas pourquoi l'assuré aurait de la difficulté à se réorienter dans une nouvelle profession ou à reprendre un jour un travail manuel, et il ne se prononce pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr L. \_\_\_\_\_, il ne se base pas sur le dossier complet puisqu'il n'a disposé que des rapports de la Dresse J. \_\_\_\_\_ et de la Clinique H. \_\_\_\_\_, et ne se prononce que sur la capacité actuelle de travail, et non sur celle prévalant à la date de la décision litigieuse. Ainsi, la Cour constate que l'état de santé du recourant ne s'est pas aggravé à la date de la décision litigieuse, que ce soit du point de vue physique ou psychique, et qu'une activité adaptée à 100 % est exigible. 4. Au vu des considérants qui précèdent, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. La procédure n'étant pas gratuite, les frais de justice, par 800 francs, sont mis à la charge du recourant qui succombe. Ils sont toutefois compensés par l'avance de frais effectuée le 13 juillet 2013. L'assuré ayant succombé, il n'a pas droit à des dépens.

Tribunal cantonal TC Page 7 de 7 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Les frais de procédure, par 800 francs, sont mis à la charge du recourant. Ils sont compensés par l'avance de frais versée le 13 juillet 2013. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV.

Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 8 janvier 2015/cso Le Président La Greffière-rapporteuse

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.